Mars 2012

# LE JOURNAL DES MÉDECINS LIBÉRAUX




## Pays de la Loire



## Editorial

**Atteindre l'objectif : le rêve !**

Aujourd'hui médias et hommes politiques s'alarment de la pénurie de médecins et de l'avancée des "déserts médicaux", et ce, en dépit d'une étude récente de la DREES qui démontre le contraire !

L'exercice libéral est effectivement en difficulté pour de multiples raisons, davantage liées à un manque de structuration et de visibilité sur son organisation, plutôt qu'à un rejet de l'exercice par les plus jeunes, comme certains veulent bien nous le laisser croire !

Dans les Pays de la Loire, comme dans d'autres régions, le projet régional de santé a été adopté par la plus grande majorité des acteurs de la santé. Orientations et schémas en constituent le squelette, la médecine libérale incarnant la colonne vertébrale… Edifice fragile qui ne verra le jour que si l'ensemble des acteurs arrivent à se l'approprier et déclencher ainsi une dynamique de reconstruction et de refonte profonde de notre système de santé.

La médecine libérale doit porter l'innovation, la dynamique de l'inventivité ! Elle a déjà largement entamé sa réflexion à travers la modélisation des maisons et pôles de santé, l'accompagnement des coopérations interprofessionnelles, amenant une réflexion sur le champ des compétences de l'ensemble des professionnels de la filière du soin et du parcours de prise en charge des usagers. La pathologie, le soin, la prise en charge et la demande de la population ont changé. Nous DEVONS changer.

En se tournant vers les jeunes pour construire un mode d'exercice adapté à la demande de prise en charge des populations, l'entreprise libérale médicale est une réponse à cet enjeu. Cette construction doit se faire dans le respect des aspirations des nouvelles générations, sans craindre d'engager une réflexion sur les modes de financement, permettant ainsi de mettre en place un débat avec l'ensemble des acteurs de la santé, établissements privés et publics, dont les schémas sont en pleine mutation : structures plus ouvertes, sans hébergement, centrées sur l'ambulatoire.

Enjeux majeurs pour un système à bout de souffle ! Pour sortir de cet état de défiance, véritable frein à l'évolution des acteurs, rentrons dans le cercle de la performance et de la confiance ! N'est-il pas plaisant d'avoir un objectif ?

**Patrick GASSER**
*Président*

## Agenda

### Les soirées d'information de l'URPS-ML

(détails en page 7)

**2ème trimestre 2012**

2 mai 2012 — Le médecin libéral en clinique
20 & 27 juin 2012 — Pôles et maisons de santé pluridisciplinaires : mode d'emploi

**3ème trimestre 2012**

17 & 24 octobre 2012 — Pôles et maisons de santé pluridisciplinaires : mode d'emploi

### Les rencontres de La Baule

le prochain séminaire se déroulera les 14 et 15 septembre 2012 à La Baule



**Changement d'horaires :**
Vendredi de **09H00** à 19H00
Samedi de 09H00 à **13H00**

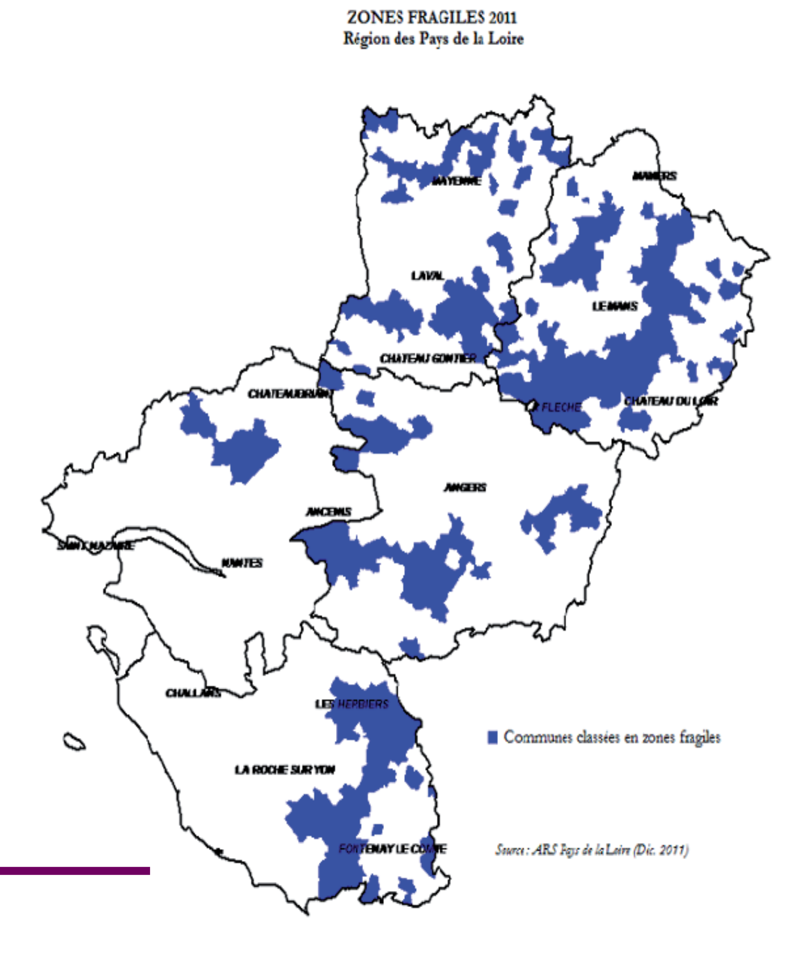
### Préparer sa cessation d'activité

Angers : 24 mai et 14 juin 2012
Nantes : 15 novembre et 13 décembre 2012
Inscription : contact@urps-ml-paysdelaloire.fr

## LES ZONES FRAGILES EN PAYS DE LA LOIRE

### Démographie médicale et mesures incitatives

**Les zones « fragiles » doivent être publiées officiellement par l'agence régionale de santé (*cf. carte ci-dessous - zones fragiles en bleu*). Après une dernière phase de consultation, elles entreront en vigueur en mars ou avril 2012, et seront insérées dans le « Plan Régional de Santé ».**




**Les zones "fragiles" : qu'est ce que c'est ?**
Les zones fragiles sont des territoires où seront mis en œuvre des mesures visant à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, et des regroupements. Les zones fragiles de 2012 remplacent les zones "déficitaires" de 2005.

**Comment ont été définies ces zones ?**
Les zones ont été définies, suivant un décret, par l'agence régionale de santé (ARS), qui a consulté l'URPS des médecins libéraux, et les comités départementaux des territoires de santé.

Les zones couvrent 456 322 habitants (seuil maximum autorisé par décret).

Les zones concernent 354 médecins généralistes libéraux en Pays de la Loire (plus de 11 % des médecins généralistes).

Pour espérer un effet significatif des aides, l'URPS-ML a souhaité :
• la couverture territoriale la plus étendue possible,
• une concertation départementale de toutes les institutions concernées par la démographie médicale.

*Consulter le détail des aides en page 6.*

## POLES ET MAISONS DE SANTE

### Nouveaux modes de rémunération

Un an après la signature des nouveaux modes de rémunération, quel état des lieux ? L'URPS-ML et l'Association des Pôles et Maisons de Santé des Pays de la Loire (APMSL-PDL) ont pris l'initiative de réunir **le 28 mars 2012** les sites expérimentant les nouveaux modes de rémunération. **Premiers retours d'expériences : prêt, feu, partez** !

**Contact association**
**Tél. 02 51 82 44 51**
(le mardi matin exclusivement)
par mail : apmsl.pdl@gmail.com

### L'APMSL-PDL annonce son programme pour 2012

L'Association des Pôles et Maisons de Santé Libéraux des Pays de la Loire vient de souffler sa première bougie. C'est maintenant **près de 260 professionnels de santé libéraux qui ont adhéré à l'APMSL-PDL** dans l'optique de capitaliser le partage d'expériences. Certains sont en exercice dans une maison ou un pôle de santé pluridisciplinaire, d'autres murissent encore leur projet.

**L'APMSL-PDL réunit ses adhérents autour d'une Assemblée Générale le 28 mars 2012 pour présenter sa stratégie pour l'année à venir.**
Un programme qui s'annonce riche :
• favoriser la réunion des maisons ou pôles de santé de la région autour de réunions d'information en partenariat avec l'URPS-ML,
• organiser un 2ème colloque régional à la fin de l'année,
• organiser le partage d'information entre ses membres,
• engager une réflexion sur les modalités de mise en œuvre des actions de prévention dans les maisons de santé dans le cadre d'une contractualisation avec l'ARS… Au boulot !



Bonjour à tous !

L'APMSL-PDL a déjà un an. Il est temps pour nous tous de se l'approprier pour la faire vivre. Cette année 2012 doit permettre de nous mettre en ordre de marche et d'exprimer nos expériences, nos attentes et nos besoins. Pour cela, nous avons absolument besoin de vous tous : médecin, biologiste, pharmacien, infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, chirurgien-dentiste, diététicien, podologue, ..., tous les professionnels de santé impliqués dans nos structures. Rejoignez nous ! Construisons la Maison APMSL-PDL ensemble.

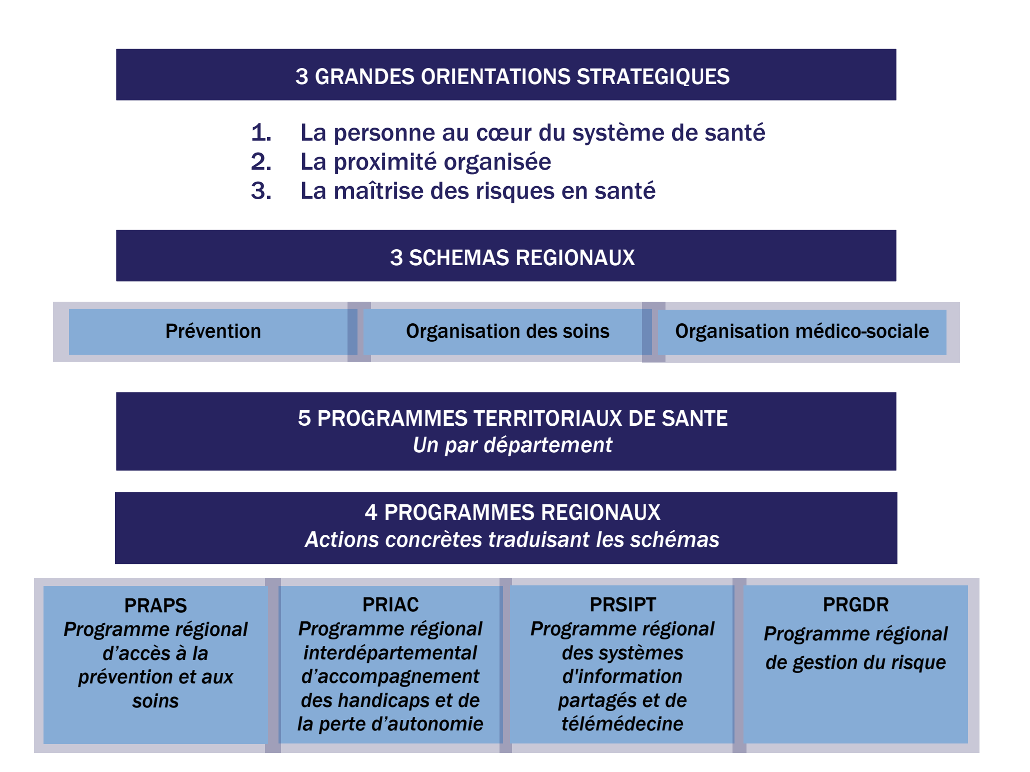
**Dr Gilles BARNABE**
*Président*

## PROJET REGIONAL DE SANTE
### Dernière ligne droite

**Le projet régional de santé est le socle de la stratégie de l'agence régionale de santé pour les 5 années à venir. Il vient d'être définitivement adopté.**

Il contient les orientations qui vont guider les mesures de régulation du système de santé en région : autorisation d'équipements et lits, décisions en matière de régulation, de contrôle et de financement des organisations hospitalière, ambulatoire, médicosociale…

Le projet a été concerté dans le cadre d'instances réunissant les usagers, institutions, structures et professionnels de la santé et du secteur médico-social : la conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA), les conférences des territoires de santé.




## CONTRAT D'ENGAGEMENT DE SERVICE PUBLIC (CESP)

**Les mesures incitatives à l'installation proposées par les agences régionales de santé (ARS) sont loin de faire rêver nos étudiants et internes en médecine !**

**L'objectif du CESP consiste à octroyer des bourses aux étudiants et internes en médecine, en échange d'un engagement à s'installer dans une zone fragile un certain nombre d'années.** Il a pour but de répondre aux besoins de démographie médicale *via* des mesures incitatives à l'installation des jeunes médecins.

Pourtant, ce dispositif est loin de rencontrer le succès escompté, tant au niveau national que régional. En effet, en Pays de la Loire, 48 offres de CESP étaient présentées aux candidats des deux subdivisions de Nantes et Angers ces deux dernières années. Seuls 20 candidats se sont présentés au jury de sélection, et seulement 7 étudiants et 8 internes ont réellement signé ce contrat.

**L'URPS-ML exprime son inquiétude sur la mise en œuvre d'un tel dispositif en région**. Elle fait le constat que l'agence régionale de santé des Pays de la Loire engage, dans des conditions défavorables à leur installation future, les étudiants et internes désireux de signer ce contrat d'aide financière.

**L'URPS-ML dénonce aussi les dangers et les difficultés que ce contrat présente pour nos futurs médecins :**

• **des pénalités exorbitantes** sont dues en cas de rupture de contrat de la part du bénéficiaire, entraînant donc un désintérêt total de la part des étudiants.

• aujourd'hui les problèmes de démographie médicale sont aussi ceux des médecins spécialistes du second recours. **L'absence de détermination de zones fragiles pour ces médecins empêche l'installation de nouveaux spécialistes, hors médecine générale**, dans ces zones.

• sous couvert d'aide financière, est-il raisonnable d'**engager des étudiants en deuxième année de médecine** qui découvrent la profession, dans le cadre d'une hypothétique installation à 10 ans?

• aujourd'hui, l'ARS propose des lieux d'exercice, conformément au décret du 29 Juin 2010, pour les étudiants et internes terminant leur dernière année d'études. **Ces lieux** n'ont jusqu'à présent pas été portés à l'attention des comités départementaux des soins du premier recours (CATS), et **se révèlent être des pièges pour les futurs médecins généralistes**. **L'URPS-ML s'inquiète alors des critères de sélection choisis par l'ARS concernant les futurs lieux d'exercice proposés aux signataires du contrat.**

**L'URPS-ML appelle donc les étudiants et les internes de médecine générale à mesurer les conséquences de ce contrat d'engagement de service public en l'état actuel du dispositif en région Pays de la Loire.**

**Cécile SALOMON**
*Chargée de mission - URPS-ML*

# DELEGATION DE TÂCHES EN OPHTALMOLOGIE LIBERALE

## Les raisons d'une stagnation !

### INTERVIEW



Dr J.-B. ROTTIER
*Médecin ophtalmologiste (72)*
*Membre URPS-ML*

**L'URPS-ML : Les ophtalmologistes libéraux ont été parmi les premiers à proposer des expérimentations de délégation et de coopération. Pourquoi les ophtalmologistes se sont-ils impliqués?**

**Dr Jean-Baptiste ROTTIER :** Nous savons depuis une dizaine d'années que nous allons vers une pénurie importante. Aujourd'hui nous sommes 5500, et en 2020 nous ne seront plus que 4000. Nous passerons de 35 à 43 millions d'actes sur la même période. Nous ne pourrons pas faire face à cette demande si nous ne faisons pas évoluer nos organisations en y intégrant des collaborateurs.

**L'URPS-ML : Concernant les délégations de tâches, la situation semble cependant bloquée. Pourquoi cela n'avance-t-il pas ?**

**Dr Jean-Baptiste ROTTIER :** Je vois essentiellement deux raisons.
La première raison tient au fait que la mise en place des délégations de tâches et des coopérations dépend de la gestion des protocoles « article 51 » de la loi HPST. Le dispositif est nouveau, et, jusqu'à présent, la haute autorité de santé (HAS) n'a pas été assez réactive et n'a pas donné d'indications sur les critères de rédaction des protocoles. Plusieurs équipes se sont épuisées dans une rédaction qui ne convenait jamais et des procédures administratives sans fin. Il semble que la HAS a, depuis, amélioré son dispositif et que tant la gestion administrative que l'écriture devraient se simplifier.
La seconde raison est liée à une différence fondamentale de philosophie en terme de politique de santé publique. Pour les médecins, les délégations consistent à confier des missions à des professionnels de santé paramédicaux, qui les réaliseront sous la responsabilité du médecin et dans le cadre de l'organisation qu'il maîtrise, au service des patients qui le consultent. Le médecin est garant de la chaîne de soins et doit s'assurer que les tâches confiées sont correctement effectuées. Pour les autorités sanitaires (ministère de la santé, assurance maladie), il semble au contraire que ces protocoles soient l'occasion de transférer à d'autres professionnels de santé libéraux de nouvelles compétences sur des actes relevant initialement des médecins, mais sans coordination. Le but essentiel serait de faire baisser les coûts des actes. Les deux approches sont de plus en plus visibles et semblent difficilement compatibles. Je rappelle que pour les protocoles « article 51 », les instances représentatives des médecins (URPS-ML, syndicats…) ne sont pas consultées. C'est dans l'esprit même de cet article. Les autorités peuvent utiliser des expérimentations locales de délégations pour généraliser ensuite des transferts de compétences. Chacun appréciera les conséquences de telles procédures pour l'organisation de nos professions et la prise en charge coordonnée des patients.

**L'URPS-ML : De ce point de vue, pensez-vous qu'il y a inégalité entre libéraux et hospitaliers pour la création et la mise en œuvre de coopérations interprofessionnelles ?**

**Dr Jean-Baptiste ROTTIER :** En effet, on voit bien que la plupart des protocoles « articles 51 » proposés à la HAS sont actuellement issus d'équipes hospitalières. Le modèle n'est pas le même. Dans le monde hospitalier, les transferts n'impactent pas directement le revenu du médecin mais ils lui permettent de gagner du temps. Il y a donc un intérêt direct. En libéral, l'impact sur l'équilibre financier de la structure et les revenus d'activité est important, or jusqu'à maintenant les autorités ont refusé de financer de façon pérenne ces nouvelles organisations. Si on fait le bilan de ce qui se passe réellement, on constate que les autorités favorisent les coopérations au sein du monde hospitalier (il faudra d'ailleurs vérifier si les actes réalisés par les professionnels paramédicaux sont facturés comme ayant été faits par les médecins). En revanche, dans le monde libéral, les autorités ne financent que les transferts de compétences vers les professionnels paramédicaux, décidés par ailleurs sans concertation avec les médecins.

**L'URPS-ML : Alors comment faire pour que des expérimentations de protocoles, portées par les médecins libéraux, voient le jour dans une région ?**

**Dr Jean-Baptiste ROTTIER :** Tout d'abord, je précise que nous avons toujours l'ambition de monter des protocoles avec les ophtalmologistes de la région malgré tout, c'est-à-dire malgré la maladresse des autorités à notre égard, car l'avenir de l'offre de soins dépend de nous. Si les pouvoirs publics s'appuient sur la motivation d'équipes de terrain cela marchera. En attendant plus de pragmatisme dans l'attitude des pouvoirs publics, rien de nous empêche de tester de nouveaux modèles en région, qui nous seront utiles.

C'est l'esprit de l'article 51 de la loi HPST que de partir du terrain et je dois dire que l'action de l'équipe de l'ARS a été très positive lors de la rédaction d'un premier protocole. L'URPS-ML, qui est l'outil des médecins libéraux, peut être porteuse d'expérimentations, soutien méthodologique des équipes de terrain, et contribuer à la conception et la diffusion des futurs protocoles utiles et faisables. Cette réflexion a commencé.

**Propos recueillis par le**
**Dr Thomas HERAULT**
*Directeur URPS-ML*

# LE CHANTIER EXTRA-CONVENTIONNEL DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

## L'entreprise médicale libérale

**Aujourd'hui, il est de bon ton de se plaindre d'un manque de médecins généralistes. Des usagers, des élus et même certains médecins s'en émeuvent. Des parlementaires de tous bords politiques ont déposé un projet de loi remettant en cause la liberté d'installation. D'autres veulent augmenter de façon importante le numérus clausus, prenant le risque de se retrouver avec pléthore de médecins à partir de 2030.**

### Quel est l'état des lieux ?

• Il n'y a jamais eu autant de médecins libéraux en France.
• Les médecins généralistes sont une des professions qui maille le mieux le territoire français.
• La densité médicale de certaines zones rurales et périurbaines a en effet récemment diminué, revenant aux densités des années 1980-1990.
• La situation démographique va se détériorer jusqu'en 2025.
• L'âge d'installation est de plus en plus retardé (39 ans), les jeunes médecins préférant exercer comme remplaçants.
• Il existe une désaffection pour des modes d'exercice isolés et, à l'inverse, un véritable attrait pour les regroupements pluridisciplinaires de professionnels de santé.

**Les mesures, en dehors de la convention, destinées à favoriser l'exercice dans les zones fragiles doivent concerner :**

### 1. les médecins généralistes déjà installés.

En effet, aujourd'hui, se sont eux qui répondent à la demande de soins dans ces territoires et il faut tout faire pour leur permettre de continuer leur exercice jusqu'à leur retraite. Or actuellement, dans les départements à faible densité médicale, plus de 70% des cessations d'activité de médecins généralistes libéraux ne sont pas dues à des départs en retraite.

**Différentes mesures sont de nature à faciliter les conditions d'exercice, parmi lesquelles** :

• **la réorganisation de la permanence de soins**, lorsque cela n'est pas encore fait. Des gardes peu fréquentes dans une maison médicale de garde où l'on n'effectue que les actes justifiés, grâce à une régulation libérale efficace et où le 0h-8h est confié, si possible, au service public, sont de nature à améliorer de façon fondamentale l'exercice en milieu rural.
• **l'extension de l'organisation de la permanence de soins au samedi matin** permettant ainsi à ceux qui le désirent de débuter leur week-end le vendredi soir, après plus de 60 heures de travail hebdomadaire.
• **la mise en place de mesures fiscales** permettant aux médecins ne disposant pas de secrétariat, d'embaucher une secrétaire afin de dégager du « temps médical » et d'abandonner bon nombre de tâches administratives.
• **l'extension de l'expérimentation de l'assistant libéral** menée dans quelques départements et qui rencontre un vrai succès auprès des jeunes remplaçants qui peuvent exercer en même temps que le médecin généraliste. Ce dernier voit ainsi son activité allégée.
• **l'encouragement au regroupement des professionnels de santé**, facilitant ainsi la prise en charge des patients porteurs de pathologies chroniques et les échanges qui permettent de rompre l'isolement du médecin généraliste.

### 2. les jeunes à la recherche d'une installation.

L'observation de ce qui se passe actuellement permet d'affirmer que les regroupements pluri-professionnels autour d'un projet de santé sont de nature à séduire les jeunes, surtout lorsqu'ils ont eu la chance de pouvoir effectuer leur stage de médecine générale dans ces zones fragiles. Bien sûr, les conditions d'exercice étant au premier plan de leurs préoccupations, les mesures citées ci-dessus ont toute leur importance.

**Pour autant, l'enjeu aujourd'hui, au-delà de toutes ces mesures est, je pense, la réhabilitation de l'Entreprise Médicale Libérale.**

Rappelons-nous, il y a 20-25 ans lorsque nous nous sommes installés. Nous avons acheté :
• **notre patientèle** la moitié du chiffre d'affaire annuel,
• **les parts de SCI** de la maison médicale,
• parfois **la maison du médecin** à des prix au-dessus de celui du marché immobilier.

Nous étions heureux et ne regrettions pas notre investissement. Il en était de même pour le médecin qui partait à la retraite après avoir donné une dimension patrimoniale à son entreprise.

**Aujourd'hui, nous donnons nos patientèles et n'arrivons pas à vendre nos parts de SCI !**

Dans les zones à faible démographie médicale, seules les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) financées par les collectivités locales trouvent grâce aux yeux des médecins généralistes.

La profession porte une certaine responsabilité à n'avoir pas su faire évoluer le modèle économique des entreprises médicales libérales en n'anticipant pas, non seulement les problèmes liés à une diminution de la démographie médicale, mais aussi le nouvel enjeu que représente le vieillissement de la population avec son cortège de pathologies chroniques et la nécessité de ne plus se cantonner à répondre aux demandes de soins mais à prendre aussi en charge la santé de nos patients.

Aujourd'hui des sociétés privées financent des MSP qu'elles louent à des professionnels de santé et en retirent un rendement de 7%. Pourquoi ne pouvons-nous pas en faire autant ?

**L'entreprise médicale libérale de demain doit être un Pôle de Santé Libéral ou une MSP qui prend en charge les demandes de soins et la santé de la population d'un territoire.**

Dans les zones à faible démographie médicale, ces professionnels de santé seront en situation de quasi-monopole, à la tête "d'établissements de soins ambulatoires". Ils doivent donc investir dans leur outil de travail, afin de profiter des bénéfices dégagés par leur exercice.

**Ces nouveaux modes d'exercice séduisent les jeunes (et les moins jeunes)** et demain, lorsque les pentes démographiques se seront inversées, les candidats à l'installation préfèreront sans aucun doute investir dans leurs structures médicales libérales plutôt que dans des MSP où les collectivités locales auront replié le tapis rouge qu'elles déroulent aujourd'hui pour présenter des contrats où les contraintes se multiplieront.

N'attendons pas demain pour donner tout son sens à notre activité libérale et investissons dès aujourd'hui dans la création de nos nouvelles entreprises médicales libérales auxquelles nous aurons, de plus, donné une dimension patrimoniale.

**Dr Luc DUQUESNEL**
*Médecin généraliste (53)*
*Secrétaire URPS-ML*



# LA CONVENTION
## Les mesures démographiques

**L'application de la nouvelle convention, pour ce qui relève de la mise en œuvre des mesures à visée démographique, amènera la disparition de l'application de l'avenant 20 issu de la convention de 2005 et qui concernait les zones définies comme "déficitaires en 2005". Ces dernières vont disparaître pour être remplacées par des zones dites "fragiles", qui seront arrêtées par les ARS de chaque région en 2012.**

**La nouvelle convention a prévu deux types de mesure : l'option DÉMOGRAPHIE, proche de l'avenant 20, et l'option SANTÉ SOLIDARITÉ TERRITORIALE**

### L'option DÉMOGRAPHIE

**ELLE CONCERNE :**
- les médecins de secteur 1, de secteur 2 avec option de coordination et de secteur 2 s'engageant à appliquer les tarifs opposables pour leur activité dans les zones **fragiles,**
- les médecins exerçant en groupe ou en pôle de santé dans la zone fragile ou à proximité (2 kms en zone urbaine, 5 kms en zone rurale).

L'engagement est de 3 ans.

**L'AIDE EST DIVISÉE EN DEUX VOLETS :**
**Une aide à l'investissement :**
- 5.000€/an pour un médecin en groupe,
- 2.500€/an pour un médecin en pôle (médecin exerçant seul dont la mutualisation de certaines activités avec ses confrères sera définie en janvier 2012).

**Une aide à l'activité :**
- 10% de l'activité avec un plafond à 20.000€ pour un médecin en groupe,
- 5% de l'activité avec un plafond à 10.000€ pour un médecin en pôle.

**PLUSIEURS CAS DE FIGURE :**

**1. Vous êtes installé dans une zone déficitaire (zonage MRS 2005) et adhérez à l'Avenant 20** : vous serez informé de l'entrée en vigueur du nouveau zonage par votre CPAM (le zonage est fixé par arrêté de l'ARS en 2012). Si :

**Votre zone d'installation n'est plus déficitaire** : vous continuez à bénéficier des avantages attachés au dispositif transitoire (ex-avenant 20) pendant 2 ans de manière dégressive :
- 2/3 de l'aide forfaitaire la 1ère année
- 1/3 de l'aide forfaitaire la 2ème année

**Votre zone d'installation reste "fragile"** (déficitaire version 2005) : il est mis fin au dispositif transitoire (ex-avenant 20). **Vous pouvez adhérer à la nouvelle Option DÉMOGRAPHIE.**

**2. Votre zone d'installation va être définie comme "fragile"** ou à proximité immédiate (2 kms en zone urbaine, 5 kms en zone rurale) : **vous pouvez adhérer à la nouvelle Option DÉMOGRAPHIE.**

### L'option SANTÉ SOLIDARITÉ TERRITORIALE

**Le but est de permettre aux médecins situés à proximité d'une zone sous-dotée de prêter main forte aux médecins dans cette zone. Votre zone d'installation ne doit pas être définie comme une zone "fragile".**

**ELLE CONCERNE :**
les médecins de secteur 1, secteur 2 avec option de coordination et secteur 2 s'engageant à appliquer les tarifs opposables pour leur activité dans les zones **sous-dotées**.

**LES CONDITIONS :**
exercer au minimum 28 jours par an dans une zone déficitaire et s'engager 3 ans – possibilité de se faire remplacer durant ces périodes.

**LES AVANTAGES :**
majoration de 10 % sur l'activité avec un plafond de 20.000€ par an et prise en charge des frais de déplacement.

Lors de l'entrée en vigueur du nouveau zonage, vous aurez la **possibilité d'adhérer à l'Option SANTÉ SOLIDARITÉ TERRITORIALE**, sous réserve d'exercer au **minimum 28 jours par an dans une zone déficitaire pendant 3 ans et d'y appliquer les tarifs opposables.**

### En conclusion,

On peut espérer que ces options conventionnelles concerneront plus de médecins que l'avenant 20.

Les syndicats signataires de la convention ont obtenu l'extension du champ d'application aux médecins exerçant en "pôle", ce qui nous avait été refusé dans le cadre de l'avenant 20 en 2005.

D'après les retours que nous avons des régions, le nombre de zones fragiles sera plus important que celui des zones déficitaires version 2005 ; le nombre de médecins concernés sera ipso facto plus important.

Si l'on ne peut que se féliciter de voir des zones "déficitaires" version 2005 ne plus figurer parmi les zones fragiles version 2012, montrant ainsi l'efficacité de l'avenant 20, les syndicats signataires de la convention ont obtenu la mise en place de mesures financières intermédiaires s'étalant sur deux années, afin d'éviter une perte de revenu brutale en 2012.

**Dr Luc DUQUESNEL**
*Médecin généraliste (53) - Secrétaire URPS-ML*

## PLAN ALZHEIMER 2008-2012 
## Quelle place pour la médecine libérale ?

**Le plan Alzheimer 2008-2012 comprend 44 mesures (1,6 milliards € sur 5 ans).**

Deux objectifs sont pour la ville :

• **L'objectif n° 6** permet le renforcement du soutien à domicile en favorisant l'intervention de personnels spécialisés, psychomotriciens, ergothérapeutes, assistant en gérontologie, tous hospitaliers.

• **L'objectif n° 7** permet l'amélioration du soutien à domicile grâce aux nouvelles technologies de l'information, de la domotique et de la communication. Cet objectif est réservé aux associations d'aides à domicile.

Le médecin traitant prend toute sa place dans **l'objectif n° 8**. Il demande une consultation spécialisée de neurologie ou dans un centre *mémoire*.

**Les nouvelles recommandations 2011 de la HAS :**

Partant du principe qu'un diagnostic précoce implique une meilleure prise en charge, un accompagnement efficace et retarde la mise en institution, le médecin traitant doit proposer une démarche diagnostique aux personnes à risques. Cet examen, s'il est dans les limites de la normale, peut être renouvelé tous les 6 mois à 1 an.

Le diagnostic étiologique est établi par le médecin spécialiste (neurologue, gériatre ou psychiatre) et repose sur une collaboration multidisciplinaire, hospitalière bien sûr.

Le spécialiste annonce la maladie, prescrit le traitement spécifique et informe le médecin traitant avant que ce dernier ne revoit son patient.

**Il revient au médecin généraliste traitant :**

• d'évaluer la bonne compréhension par le malade de l'annonce qui lui a été faite en lui demandant ce qu'il sait et ce qu'il croit savoir sur sa maladie et, à partir du compte-rendu écrit qui lui a été transmis, il reformule, explicite le diagnostic et répond aux questions au cours d'une consultation dédiée.

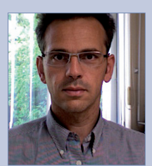
• de présenter le plan de soins et d'aides et d'en assurer la mise en place, en collaboration avec le médecin ayant établi le diagnostic et les structures de coordination : réseaux, Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC), Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA), Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM),...

**Le médecin traitant est le pilote d'un dispositif hospitalo-centré : son rôle est de recruter et d'accompagner le patient vers ces structures.**

Il manque toutefois l'aide financière pour que le médecin puisse réaliser un dépistage deux fois par an, ainsi qu'un acte spécifique pour la consultation dédiée à la reformulation de l'annonce et accompagner le patient tout au long de l'année.

La cotation V2 est insuffisante sauf si elle peut être utilisée plusieurs fois par an. Il faut lui associer un C2 pour les patients encore valides.

**Le médecin traitant doit être le coordinateur du plan de soins et non le pivot.**



**Dr Laurent PONS**
*Médecin généraliste (44)*
*Secrétaire adj. URPS-ML*

## REUNIONS D'INFORMATION 

**L'URPS-ML des Pays de la Loire a mis en place un programme de réunions d'information animées par des experts**.

Face au succès rencontré par les réunions d'information organisées au 1er trimestre 2012, de nouvelles réunions sont programmées pour le 2ème trimestre 2012 (*bulletin d'inscription en pièce jointe) :*

### 1. Le médecin libéral en clinique : un environnement profondément bouleversé (en partenariat avec la CAHPP)

• **Mercredi 02 mai 2012** à Angers (Hôtel MERCURE - Angers Lac de Maine) à partir de 19H00

### 2. Pôles et maisons de santé pluridisciplinaires : mode d'emploi (en partenariat avec l'APMSL)

**Partie 1 : Environnement institutionnel et règlementaire des pôles et MSP**

• **Mercredi 20 juin 2012** à St Sébastien sur Loire (locaux URPS-ML) à partir de 20H30
• **Mercredi 27 juin 2012** à Angers (Hôtel MERCURE - Angers Lac de Maine) à partir de 20H30

**Partie 2 : Démarche projet et management : les étapes indispensables à la mise en œuvre de votre projet de pôle ou MSP**

• **Mercredi 17 octobre 2012** à St Sébastien sur Loire (locaux URPS-ML) à partir de 20H30
• **Mercredi 24 octobre 2012** à Angers (Hôtel MERCURE - Angers Lac de Maine) à partir de 20H30

# DPC : MODE D'EMPLOI

**On ne l'attendait plus ! Après maintes annonces et polémiques, le développement professionnel continu (DPC) initié en 2009 par la loi hôpital, patient, santé et territoires (HPST) est désormais une réalité.**

**Les décrets relatifs au dispositif sont parus au journal officiel le 1er janvier dernier. Tous les médecins, quel que soit leur mode d'exercice, devront effectuer une action de DPC chaque année.**

## Le DPC c'est quoi ?

"Le DPC comporte l'analyse par les médecins, de leurs pratiques professionnelles ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences" indique le décret du 30 décembre 2011 relatif au DPC des médecins.

En clair, DPC = FMC + EPP : les programmes de DPC regrouperont en une seule démarche l'acquisition des connaissances et l'analyse des pratiques.

## Comment ça marche ?

Les praticiens devront participer à un programme de développement professionnel continu collectif annuel ou pluriannuel conforme aux orientations "nationales et régionales" de DPC. La haute autorité de santé (HAS) sera tenue, en aval, de valider les méthodes de DPC après avis d'une commission scientifique indépendante (CSI).

**Tous les médecins, quel que soit leur mode d'exercice, devront effectuer une action de DPC chaque année**

A noter qu'un médecin pourra également remplir son obligation s'il obtient au cours de l'année civile un diplôme universitaire (DU) reconnu par la CSI. De même, l'activité de formateur intervenant dans un programme de DPC et l'accréditation des spécialités à risque seront aussi validantes pour le DPC.




## Le choix de la formation

Les praticiens auront le libre choix des organismes de DPC avec lesquels il voudront suivre ce programme, à condition que ceux-ci aient été évalués positivement par la CSI.

## Qui finance ?

L'OGDPC - organisme gestionnaire du DPC - assurera le financement de cette nouvelle obligation, dans la limite d'un plafond individuel (prenant en charge les frais et pertes de ressources du médecin). Les modalités restent encore à préciser. Le budget de l'OGDPC sera financé par les fonds conventionnels (70 millions €) et par une fraction de la toute nouvelle taxe sur l'industrie pharmaceutique (150 millions €).

**L'Ordre contrôlera, "au moins une fois tous les cinq ans", le respect de l'obligation de DPC par le médecin.**

## Suivi et contrôle

Le médecin recevra une attestation justifiant sa participation, au cours de l'année civile, à un programme de DPC, par l'organisme qui l'aura encadré. Cette attestation sera simultanément transmise au Conseil départemental de l'Ordre des médecins dont relève le praticien.
L'Ordre contrôlera, "au moins une fois tous les cinq ans", le respect de l'obligation de DPC par le médecin. Si celui-ci ne satisfait pas à son obligation de DPC, l'ordre appréciera la nécessité de mettre en place un plan annuel personnalisé de développement professionnel. Si cette démarche se révèle vaine, une procédure au titre de l'insuffisance professionnelle pourra être engagée. Celle-ci pourrait entraîner une sanction pouvant aller jusqu'à l'interdiction d'exercer.

**Anne-Sophie LE BONNIEC**
*Chargée de mission - URPS-ML*

**LE JOURNAL DES MEDECINS LIBERAUX** - **Directeur de la Publication** Dr Patrick GASSER - **Secrétaire de rédaction** Isabelle RIOU - **URPS Médecins libéraux des Pays de la Loire** - Parc de la Gibraye - 13 rue de la Loire - Bât. C2 - 44 230 ST-SÉBASTIEN-SUR-LOIRE **Tél.** 02 51 82 23 01 **Fax** 02 51 82 23 15 - **Courriel** contact@urps-ml-paysdelaloire.fr - **site internet** www.urps-ml-paysdelaloire.fr **Impression** Imprimerie Allais Imprimé sur papier 60% recyclé, 40% issu de pâte à papier écologique avec encres végétales - **Mise sous pli** ActiCom - **Distribution** La Poste - **Tirage** 6 800 exemplaires - Dépôt légal mars 2012 - **ISSN** 2106-8232

